

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

nos.918.173.89 Wellynson Pires da Silve

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Wellynson Pires da Silve

6 - CPE:

009.918.173-89

7 - Profissão:

Portuário

8 - Endereço:

Rua: Seis AdG

9 - Número:

09

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Novo Uruguai

12 - Idade:

Tresme

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

84.057.560

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(86) 99129551

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMADO
 SEM RENDIMENTO

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma só):

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2001 01

CONTA: 934189

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LIMITE DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou imobilizado e apresento o laudo do Instituto Médico Legal (IM) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assino a uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para validação da existência e quantificação da invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 3º, §1º, declarando que essa autorização não significa previsão de indenização, mas sim a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÕES
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÕES
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

Centro - Norte CEP: 64.002-470

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil)

Divorciado Separado Judicialmente

Vívente

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

nascituro (váinascor)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deu ou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Teresme - Piauí 02.08.19

* Wellynson Pires da Silve

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



AUTO-ATENDIMENTO - AG AREOLINO DE ABREU
DATA: 07/06/2019 HORA: 10:19:55
TERMINAL: 20041026 CONTROLE: 200410260174

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2004 013.00093789-3
NOME: WELYNSON PIRES SILVA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 AGO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001837/2019-52

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO. pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 16/05/2019 - 12:31

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

528349

Data/Hora

06/11/2018 - 00:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

CENTRO

Município

TERESINA

*ADITAMENTO DA
CORRETA.*

Endereço

AV:MIGUEL ROSA COM A FREI SERAFIM, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: WELYNSON PIRES DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2210473

Mãe: ADALTO BALDOINO DA SILVA

Endereço: QD. G CASA 04 RESIDENCIAL AVELAR, Nº

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

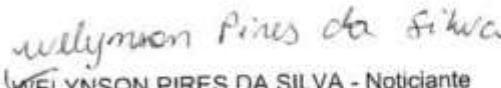
Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO/YAMAHA/YBR125 FACTOR ED, ANO 2014, PLACA PIJ-3413-PI, RENAVAM-1053558861, DE PROPRIEDADE: GENEROSA MARIA PIRES DA SILVA, CPF-4709864304, A VITIMA RELATA QUE TRAFEGAVA NA VIA ACIMA CITADA, QUANDO UM CARRO NAO IDENTIFICADO INVADIU A PREFERENCIAL COM O SINAL FECHADO, BATEU NA LATERAL DA MOTO CAUSANDO A COLISAO, SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO E LEVADO PARA O HUT. PROTOARIO:429607. DECLARAÇOES PRESTADAS PELO NOTICIANTE.


Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat. 0091120
ESCRIVÃO DE POLÍCIA


WELYNSON PIRES DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



AVERBAÇÃO B.O. 100203.001837/2019-52

O Sr. Welynson Pires da Silva, compareceu a esta Especializada para informar que o acidente ocorreu no dia 19/05/2018, conforme socorro do Corpo de Bombeiros e entrada no HUT. (pront, 429607). Declarações do mesmo.

Teresina, 19/06/2019

Welynson Pires da Silva

Welynson Pires da Silva

Averbante

Claudio

Claudio Costa de Sousa

Ag. polícia

108516-6

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470





ESTADO DO PIAUÍ

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
QUARTEL DO COMANDO GERAL
COMANDO OPERACIONAL



Certidão de Ocorrência nº 189/2018

CERTIFICO, a requerimento da pessoa interessada, o Senhor Welynson Pires da Silva, RG 2.210.473 SSP/MA, CPF 009.918.173-89, residente e domiciliado à Quadra G, Casa 04, Residencial Dom Avelar, bairro Vale Quem Tem, no município de Teresina, Estado do Piauí, Telefone (86) 99572-9454, conforme Protocolo nº AA.321.004444-18-64, datado de 06/11/2018, que revendo o Livro de Relatório do Comandante de Socorro nº 138/2018 da Aspirante BM PRYCILLA Oliveira Garcia, referente ao serviço do dia 18 para o dia 19 de maio de 2018, foi encontrado o seguinte registro:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN, 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

09 - ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (Quebra de Moto)

Chamada 04h38min. Por volta das 04h40min, atendendo solicitação do Senhor Lucas Evangelista, telefone 99519-9777, a Guarda de Resgate, sob o comando do 2º Ten. Da Cruz, deslocou-se para o cruzamento das Avenidas Miguel Rosa com Frei Serafim, para atender duas vítimas de acidente automobilístico. a) Dados das vítimas: Primeira vítima - Welynson Pires da Silva, 34 anos de idade, RG 2.210.473 SSP/PI, telefone 99507-3297, residente e domiciliado à Quadra G, Casa 04, Residencial Dom Avelar, bairro Vale Quem Tem, filho de Generosa Maria Pires da Silva. Dados clínicos: estava na posição de decúbito dorsal sobre o solo, consciente, orientado, referia dores no ombro direito, foi conduzido ao HUT. Segunda vítima: Jaqueline Louzino de Sousa, 20 anos de idade, telefone (92) 98059-9077, residente e domiciliada à Rua Olavo Bilac, nº 930, Centro/Sul, filha de Rosilene Louzino Alves. Dados clínicos: consciente, orientada, referia dores no tornozelo direito e escoriações no braço direito, foi conduzida ao HUT. A Guarda de Resgate retornou a sede do Corpo de Bombeiros às 05h30min.

Teresina-PI, 07 de novembro de 2018

[Signature]
JOSÉ ARIMATEIA REGO DE ARAÚJO - Cel. BM
Comandante Operacional de Bombeiros



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.001837/2019-52

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO. pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 16/05/2019 - 12:31

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

528349
539043

Data/Hora
06/11/2018 - 00:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MIGUEL ROSA COM A FREI SERAFIM, N°:

Bairro
CENTRO

Complemento

Ponto de Referência

*ADITAMENTO DA
CORRETA.*

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: WELYNSON PIRES DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2210473

Mãe: ADALTO BALDOINO DA SILVA

Endereço: QD. G CASA 04 RESIDENCIAL AVELAR, N°

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO/YAMAHA/YBR125 FACTOR ED, ANO 2014, PLACA PIJ-3413-PI, RENAVAM-1053558861, DE PROPRIEDADE: GENEROSA MARIA PIRES DA SILVA, CPF-4709864304, A VITIMA RELATA QUE TRAFEGAVA NA VIA ACIMA CITADA, QUANDO UM CARRO NAO IDENTIFICADO INVADIU A PREFERENCIAL COM O SINAL FECHADO, BATEU NA LATERAL DA MOTO CAUSANDO A COLISAO, SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO E LEVADO PARA O HUT. PROTOARIO:429607. DECLARAÇOES PRESTADAS PELO NOTICIANTE.


Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat. 0091120
ESCRIVÃO DE POLÍCIA


WELYNSON PIRES DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

05 AGO. 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

AVERBAÇÃO B.O. 100203.001837/2019-52

O Sr. Welynson Pires da Silva, compareceu a esta Especializada para informar que o acidente ocorreu no dia 19/05/2018, conforme socorro do Corpo de Bombeiros e entrada no HUT. (pront. 429607). Declarações do mesmo.

Teresina, 19/06/2019

Wallyson Pires da Silva

Welynson Pires da Silva

Averbante

Claudio Costa de Sousa

Ag. polícia

108516-6





ESTADO DO PIAUÍ

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR

QUARTEL DO COMANDO GERAL



COMANDO OPERACIONAL

Certidão de Ocorrência nº 189/2018

CERTIFICO, a requerimento da pessoa interessada, o Senhor Welynson Pires da Silva, RG 2.210.473 SSP/MA, CPF 009.918.173-89, residente e domiciliado à Quadra G, Casa 04, Residencial Dom Avelar, bairro Vale Quem Tem, no município de Teresina, Estado do Piauí, Telefone (86) 99572-9454, conforme Protocolo nº AA.321.004444-18-64, datado de 06/11/2018, que revendo o Livro de Relatório do Comandante de Socorro nº 138/2018 da Aspirante BM PRYCILLA Oliveira Garcia, referente ao serviço do dia 18 para o dia 19 de maio de 2018, foi encontrado o seguinte registro:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN, 2019

I - OCORRÊNCIAS

09 - ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (Quebra de Moto)

Chamada 04h38min. Por volta das 04h40min, atendendo solicitação do Senhor Lucas Evangelista, telefone 99519-9777, a Guarnição de Resgate, sob o comando do 2º Ten. Da Cruz, deslocou-se para o cruzamento das Avenidas Miguel Rosa com Frei Serafim, para atender duas vítimas de acidente automobilístico. a) Dados das vítimas: Primeira vítima – Welynson Pires da Silva, 34 anos de idade, RG 2.210.473 SSP/PI, telefone 99507-3297, residente e domiciliado à Quadra G, Casa 04, Residencial Dom Avelar, bairro Vale Quem Tem, filho de Generosa Maria Pires da Silva. Dados clínicos: estava na posição de decúbito dorsal sobre o solo, consciente, orientado, referia dores no ombro direito, foi conduzido ao HUT. Segunda vítima: Jaqueline Louzino de Sousa, 20 anos de idade, telefone (92) 98059-9077, residente e domiciliada à Rua Olavo Bilac, nº 930, Centro/Sul, filha de Rosilene Louzino Alves. Dados clínicos: consciente, orientada, referia dores no tornozelo direito e escoriações no braço direito, foi conduzida ao HUT. A Guarnição de Resgate retornou a sede do Corpo de Bombeiros às 05:30min.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 AGO. 2019

Teresina-PI, 07 de novembro de 2018

*JOSÉ ARIMATEIA REGO DE ARAÚJO – Cel. BM
Comandante Operacional de Bombeiros*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 AGO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

009 918 113-89 Welvynson Pires da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Welvynson Pires da Silva

CPF: 009 918 113-89

Profissão:

Porteiro

Endereço:

rua: seu AdG 1004

Número: 4 Complemento:

Bairro:

mois Uruguai

Cida:

Teresina

Estado:

Piauí

CEP:

E-mail:

Tel.(DDD): (86) 994725591

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovará anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

REUSCIR INFORMAR ATÉ R\$1.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2004 013 CONTA: 93789 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DE IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no laudo de Resende, 455 Loja C apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vítima: Vivos: Falecidos: Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher a pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTAR)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

nos. 918.173.89 Welvynson Pires da Silveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Welvynson Pires da Silveira

6 - CPF:

009.918.173-89

7 - Profissão:

Porteiro

8 - Endereço:

Rua: Seis AdG

9 - Número:

09

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Novo Uruguai

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.057.560

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(86) 99129591

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MEMOR (ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR)

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma só):

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2001 01

CONTA: 93489 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IMPLANTO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IM) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinar a uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para validação da existência e quantificação da invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme a Lei nº 194/74, art. 3º, §1º, declarando que essa ação não significa previsão de reembolso futuro.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

SEGURO DPVAT - S.A.

PRINCIPAL CORRETORA DE SINISTROS

Centro - Norte CEP: 64.092-470

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil)

Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (váinacer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NAO ALFABETIZADO

34
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Teresina - Piauí 02.08.19

* Welvynson Pires da Silveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: WELYNSON PIRES DA SILVA		Prontuário: 429607
Mãe: GENEROSA MARIA PIRES DA SILVA	Pai:	
End. Resid.: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 14/03/1984	Idade: 34a:2m:5d	Sexo: Masculino Fone: -
Responsável: DESACOMPANHADO	CNS: 705009047703753	
Profissão: PORTEIRO	CPF: * RG: -	
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Comcubinato	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 665640	Data: 19/05/2018 05:15:38	Condução: AMBULÂNCIA DE RESGATE BOMBEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: SUS
Acid. Trab.: Sim	Trajeto?: Não	Tipico: Sim
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de motocicleta com fratura, frangide sem dor cervical e braço rígido. (A) Vios nervos periféricos, sem dor na face. (B) Inflamação lateralmente, ARA (C) RR: 16m, BNP, ausência de reação, ausência de dor e palpação abdominal, pele seca, PA: 140/80, Freq.CA: 95. (D) ECG: 15, ingestão excessiva de bebida alcoólica (E) Sobre dor em braço direito e frangide em joelho direito.

PA X mmHg	Pulso: 83 bpm	FC: bpm	Temp.:
Diagnóstico Inicial:		CID:	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de mama superior direita completo	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
Rx de tórax	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Indicação ortopédica	26 JUN. 2019
Transtorno de humor	RAIO-X REALIZADO
GENTE SEGURADORA S.A. DATA: 18/05/2018	
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C Centro - Norte CEP: 6400247 Técnico:	

ALTA:	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> DATA SAÍDA: / /
	<input type="checkbox"/> A Pedido		HORA: : :

ÓBITO:	DESTINO:		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Proced. Solicitado:
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> CID Compatível:
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	Prof. Solicitante Intercâmbio:

X Jorgelina Banzis Do Sionza
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: WELYNSON PIRES DA SILVA		Prontuário: 429607
Mãe: GENEROSA MARIA PIRES DA SILVA	Pai:	
End. Resid.: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 14/03/1984	Idade: 34a:2m:5d	Sexo: Masculino Fone: - - -
Responsável: DESACOMPANHADO CNS: 705009047703753		
Profissão: PORTEIRO CPF: * RG: -		
G. Instrução: Médio Incompleto E.Civil: Comcubinato		
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 665640	Data: 19/05/2018 05:15:38	Condução: AMBULÂNCIA DE RESGATE BOMBEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Sim	Trajeto?: Não	Tipico: Sim CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de motocicleta com fratura, trazido em dor cervical e dor lombar rígido. (A) Vios ósseos puros, sem dor na c. cervical. (B) INV bilateralmente, ARA (C) AB em dt, BNP, ausência de reflexos, ausência de dor a palpação abdominal, colorido estável, PA: 110/70. Saturação: 95%. (D) ECG = 15, ingestão anterior de bebida alcoólica. (E) Sopro de dor com embolo direito: hemicrânio esquerdo direito.

PA _____ mmHg	P脉: 83 bpm	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CID:	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:		CONTEUDO NAO VERIFICADO
Rx de mamae nega, drenos completo Rx de thorax Análise ortopédica Desvio de trânsito		RAIO-X REALIZADO 26 JUN. 2019 GENTE SEGURADORA S.A. DATA 18/05/2019 Rua Coelho de Resende 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470 Técnico: 0355

ALTA:	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<u>DATA SAÍDA:</u> / / <u>HORA:</u> : :
<input type="checkbox"/> A Pedido			

ÓBITO:	DESTINO:		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CID Compatível: CONTEUDO NAO VERIFICADO
	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família	
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	
<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.		

Assinatura Paciente ou Responsável		05 AGO. 2019
X Tatjulinha Banzis De Senna		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende 465 loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470
Assinatura - Profissional - BE		

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WELYNSON PIRES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 00000093789-3

Nr. da Autenticação 060B5F62581B48AD

ÁGUAS DE
CE TERESINA

CNPJ 27157474000106 - IE 195965574
Av. Odilon Araújo, 1035, Picanha - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: (86) 323 223 2000 ou 115 | (86) 98124-3199

TC 1.37
29/09/2018 14:02:27

MATRÍCULA
23067799-1

FATURA N°
MÊS / ANO
153305235
11/2018

NOOME / ENDERECO

MORADOR GENEROSA M PIRES DA SILVA
PROPRIETÁRIO: ADALTO BALDOINO DA SILVA
RUA SEIS RESID DOM AVELAR Q---G-CASA-004-NOVO
URUGUAI-TERESINA-PI-cep: 64057560

LOCALIZAÇÃO

004-00024-004405

GRUPO
004
NÚMERO DO HIDÔMETRO
A04L578034

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	TIPO	LEDO	FATURADO
10/2018	Lيدو	46	29
09/2018	Média	99	133
08/2018	Média	98	133
07/2018	Lيدو	16	16
06/2018	Lيدو	26	19
05/2018	Média	99	133

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO DA Fatura

1 Residencial - Normal

DATA LEITURA
ANTERIOR 09/10/2018 1810
ATUAL 08/11/2018 1833

CONSUMO MÊS M3
23
UB 1274120010
PES. PASEP 90,73x1,65% = 1,49
COPRE 90,73x1,488x = 8,85

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL		
FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (R\$)		
0 18	2.651,9	59
18 25	4.949,9	58
25 9999999	8.539,9	58

NÃO RESIDENCIAL		
FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (R\$)		

DESCRIÇÃO
VALOR REFERENTE ÁGUA - 90,73
> Residencial-Normal 23,0 m3 90,73

REF. VENCIMENTO 20/11/2018 TOTAL A PAGAR 90,73

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 2 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento dessa fatura ocasionará a suspensão dos serviços,
conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, Inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, Inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LÍQUIDO	3.036	3.026	10	1,40	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	3.001	2.998	3	3,84	Inférior a 15
pH	3.032	3.011	21	6,86	6,00-9,50
TURNOZ	3.022	3.013	9	0,94	Inférior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TÓPICOS	470	466	4	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI	470	470	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 08/11/2018 HORA DA EMISSÃO: 11:40

TC 1.37
29/09/2018 14:02:27

ÁGUAS DE
CE TERESINA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

MATRÍCULA
23067799-1

FATURA N°
MÊS / ANO
153305235
11/2018

26 JUN. 2019

VENCIMENTO

20/11/2018

VALOR A PAGAR

90,73

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

82670000000-1 90731535000-5 00201815330-0 52350100104-5 Centro - Norte CEP: 64.002470



*** AVISO DE DEBITO ***

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Convênio de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pelo SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal 022277878

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO (kWh) 140 TOTAL A PAGAR (R\$) 131,99

DATA DE VENCIMENTO
MAIO/2019

31/05/2019

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059007123320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

DADOS DA LEITURA

Atual: 13067
Anterior: 12927
Constante de Multiplicação: 1,000
Consumo Medido: 140
Consumo Faturado: 140

Forma de Faturamento: NORMAL

Classe/Subclasse
RESIDENCIAL

HISTÓRICO KWH

Mês/ano consumo
ABR/19 143
MAR/19 153
FEV/19 204
JAN/19 133
DEZ/18 136
NOV/18 160
OUT/18 138
SET/18 158
AGO/18 186
JUL/18 171
TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 140 - 0,620000

ROT: 17.001.31.11.020100

DATAS DA LEITURA

Atual: 24/05/2019

Anterior: 25/04/2019

Próxima Leitura: 25/06/2019

Emissão: 23/05/2019

Apresentação: 24/05/2019

Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Ligação Número Medidor Posto Código Faz. Média 12 meses

MONO A1484335 1.1.1.1 164*

DETALHAMENTO DA CONTA

CONSUMO 140 A R\$ 0,868042 = 121,52

CONTR. ILUMINAÇÃO PÚBL. (COSTIP) 10,47

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,15

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ 04/2019 145,18 Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 08/06/2019. O não pagamento por esta unidade também é inclusão do nome do consumidor na SEDEN. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Declaramois quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09)
LIGUE 0800 0800 0800 E FAÇA DPOCA VENCIMENTO 15 18 15 20 25

Você pode emitir pelas datas de vencimento da sua fatura na data 15 18 15 20 25, entre em contato por meio das linhas de atendimento

RESERVADO AO FISCO 7A97.9880.6C2F.B767.0A12.741C.C690.2300

COMPOSTO DA CONTA - R\$

Distribuição:	25,55	Base de Cálculo:	121,52	94,79
Energia:	49,34	Aliquota ICMS:	22,00%	
Transmissão:	8,34	Valor do ICMS:		26,73
Encargos:	4,08	Valor do PIS:	1,40%	1,33
Tributos:	34,21	Valor do COFINS:	6,49%	6,35

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Último:	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
Realizado:	0,00			0,00			0,00

Período de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Comunidade:	TERESINA-PI	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-------------	-------------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019	Periodo de Aplicação:	03/2019
-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	---------

</div



Eletrobras
Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 23504785

ADALTO BALDOINO DA SILVA

CJ DOM AVELAR, 4 , QD G CASA 04

VALE QUEM TEM

64057560 TERESINA

PI

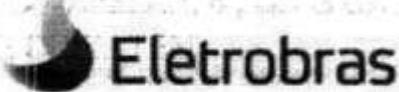
CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
7881975	06/2019	22/05/2019 a 21/06/2019
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
254	28/06/2019	R\$ 264,26

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui



Eletrobras
Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
7881975	06/2019	R\$ 264,26

836800000025.642600170004.000000007880.197506190051



ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27157474000106 - IE 195965574
Av. Odilon Araújo, 1085, Picanha - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA

FATURA Nº

MÊS/ANO

153305235

11/2018

TC 1.37

23067799-1

NOSSO ENDERECO

MORADOR: GENEROSA M PIRES DA SILVA
PROPRIETÁRIO: ADALTO BALDOINO DA SILVA
RUA SEIS RESID DOM AVELAR, Q---G-CASA-004-NOVO
URUGUAI-TERESINA-PI-cep:64057560

LOCALIZAÇÃO

004-00024-004405

GRUPO

A04L578034

HISTÓRICO DE CONSUMO:

MÊS/ANO	TIPO	LEDO	FATURADO
10-2018	Lido	46	28
09-2018	Média	98	13
08-2018	Média	88	13
07-2018	Lido	16	16
06-2018	Lido	28	15
05-2018	Média	28	15

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA LECTURA

ANTERIOR 09/10/2018 1810
ATUAL 08/11/2018 1833

CONSUMO MÊS N.º

23

LR 18244889

PL. PASEP 98.7341.654-1.49

COINS 98.7342.400-6.86

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL		DESCRIÇÃO		VALOR
FAZ. DE CONSUMO R\$/M3 E (%)	VALOR REFERENTE ÁGUA - R\$	FAZ. M3	VALOR	
0 10 2.551,0 58	90,73	23,0 m3	90,73	
10 25 4.944,0 58				
25 999999 8.538,0 58				

NÃO RESIDENCIAL

FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)

DESCRIÇÃO

VALOR REFERENTE ÁGUA - R\$ 90,73
> Residencial-Normal

VALOR

23,0 m3 90,73



VENCIMENTO

20/11/2018

TOTAL A PAGAR

90,73

IRREGULARIDADES / ANOMALIAS

MENSAGEM
NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 2 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,
conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, Inciso V e nº. 8.907/95, Art. 6º, §3º, Inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LÍQUIDO	3.036	3.026	10	1,40	0,2-5,0 mg/l
COR APARENTE	3.001	2.998	3	3,84	Inferior a 15
pH	3.032	3.011	21	6,86	6,00-9,50
TURBIDEZ	3.022	3.013	9	0,94	Inferior a 5

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	470	466	4	Ausente	Ausente
ESCHERICHIA COLI	470	470	0	Ausente	Ausente

05 AGO. 2019

DATA DA EMISSÃO: 08/11/2018 HORA DA EMISSÃO: 11:48

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEPAZ 04/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal 022277878

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

COMITÉ MÉS
MAIO/2019

VENCIMENTO
31/05/2019

CONSUMO (KWH)

140

TOTAL A PAGAR (R\$)
131,99

REGISTRO DE LEITURA

13067

ROT: 17.001.31.11.020100

Atual: 12927
Anterior: 1.000
Constante de Multiplicação: 140
Consumo Medido: 140
Consumo Faturado:

Atual: 24/05/2019
Anterior: 25/04/2019
Próxima Leitura: 25/06/2019
Emissão: 23/05/2019
Apresentação: 24/05/2019

Forma de faturamento: NORMAL

Código de irregularidade:

Dias de Consumo: 29

RESIDENCIAL

MONO

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Código Faz. 1.1.1.1 164*

Média 12 meses

HISTÓRICO X-MON

Ligação

Número Medidor

Prazo

Mês/ano consumo

Período

Descrição da Conta

Média 12 meses

04/2019

A1484335

CONSUMO

121,52

143

CONTR. ILUMINACAO PUB. (C05TP)

10,47

153

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -

1,15

204

140 A R\$ 0,868042 = R\$

140 A R\$ 0,868042 = R\$

133

0,868042 = R\$

121,52

136

10,47

160

1,15

138

140 A R\$ 0,868042 = R\$

121,52

158

10,47

186

1,15

171

140 A R\$ 0,868042 = R\$

121,52

TARIFA SEM TIRABUSU:

140 A R\$ 0,868042 = R\$

121,52

0,868042 = R\$

10,47

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/99) E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 15/10/2018

RESERVADO AO FISCO 7A97.9880.6CFB767.0A12.741C.690.2300

COMPOSIÇÃO DA CONTA

Distriubuição:	25,55	Base de Cálculo:	121,52	94,79
Energia:	49,34	Aliquota ICMS:	22,00%	
Transmissão:	8,34	Valor do ICMS:		
Encargos:	4,08	Valor do PIS:	1,40%	1,33
Tributos:	34,21	Valor do COFINS:	6,49%	6,15

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 AGO. 2019

INDICADORES DE CONTINUIDADE				
	DATA	DATA	DATA	DATA
Última	5,31	10,63	21,25	3,11
Realizada	0,00	0,00	0,00	0,00
Corrente	TERESINA-MACAMBIA			

ROT: 17.001.31.11.020100

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO
0051867-0

MÊS FATURADO

05/2019

TOTAL A PAGAR - R\$

131,99

DEUDE NAO VERIFICADO

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kayilly Souza de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-90 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Welynnon Pires da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.918.113-89 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Welynnon Pires da Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.918.113-89, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua: Vinte e Um de Janeiro</u>		Número	<u>554</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>Piauí</u>
Email				Telefone comercial (DDD)	<u>(86) 994729591</u>
				Telefone celular (DDD)	

Ths, Pi. 30 de 05 de 19
Local e Data

Kayilly Souza de Oliveira
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Joaquim de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kelly Meire de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Welvynson Pires da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.918.173-89, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Welvynson Pires da Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.918.173-89, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua: Rui Barbosa, 1º andar</u>		Número	554	Complemento		
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>Piauí</u>	CEP	<u>64.000-902</u>
Email			Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)			
				<u>(86) 990729591</u>			

Thi Pi, 02 de 08 de 19

Local e Data

Kelly Meire de Oliveira
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05/05/2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 721 91 35

Eu, Generosa Maria Pires da Silva

RG nº 1.000.580, data de expedição 09/02/11

Órgão SSP, portador do CPF nº 470.986.943-04

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Qd. E es-04, nº _____

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Ulysses Pires da Silva, cujo o condutor era Ulysses Pires da Silva.

Veículo: Moto Modelo: Yamaha libe 125 factor ED Ano: 2014/2015

Placa: PTJ-3413 Chassi: 9G6KE3940F0042991

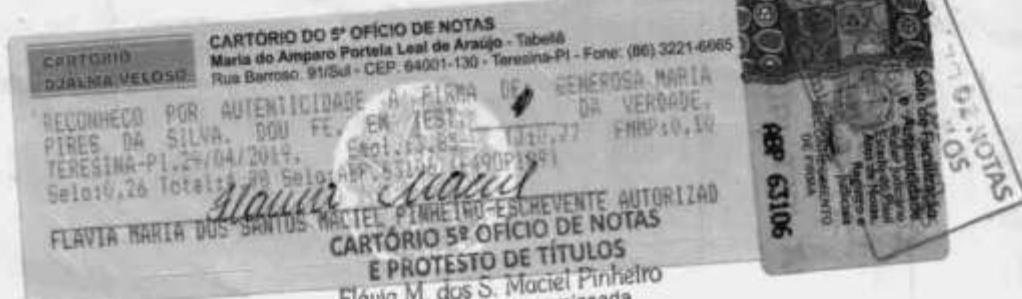
Data do Acidente: 06/11/2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT SEGURODA S.A.
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470
05 AGO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





NOME DO PACIENTE: Welvynson Pires da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 429607

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTIDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

7
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.000-2470



BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 19/05/2018 05:17:51

(User: LINDEVAL)

(Estação: RECEPCAOFASII)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: WELYNSON PIRES DA SILVA		Prontuário: 429607
Mãe: GENEROSA MARIA PIRES DA SILVA	Pai:	
End. Resid.: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 14/03/1984	Idade: 34a:2m:5d	Sexo: Masculino Fone: - - -
Responsável: DESACOMPANHADO	CNS: 705009047703753	
Profissão: PORTEIRO	CPF: * RG: -	
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Comcubinato	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 665640	Data: 19/05/2018 05:15:38	Condução: AMBULÂNCIA DE RESGATE BOMBEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Sim	Trajeto?: Não	Tipico: Sim
		CID Secundário: V29

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de motocicleta com rosto, tronco e membro inferior cervical e fraciona rígido. A visão nítida, pulso, sem dor na face cervical. ARA (C) RR em 21, BNP, ausência de reação, ausência de dor a palpação abdominal, reflexo tibial, PA: MC/80, SatO2 = 95%. ECG = 15, ingestão anterior de bebida alcoólica. Sinfonia dor em tórax direito e hemicôrte esquerdo.

PA: X mmHg	P脉: 83 ppm	FC: bpm	Temp.:
------------	------------	---------	--------

Diagnóstico Inicial:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de mamae supra e tórax completo
Rx de fígado
Analise entopestica
Descrição de trauma: S-40 gildas

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

RAIO-X REALIZADO

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-477

DATA: 19/05/2018

Técnico: 0350

ALTA:	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: _____
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência: _____
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	DATA SAÍDA: / / . HORA: : .
	<input type="checkbox"/> A Pedido		
ÓBITO:	DESTINO:		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Proced. Solicitado: _____
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	CID Compatível: _____
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	

X Jonyne Lira Braga de Souza
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> WELYNSON PIRES DA SILVA		<u>Prontuário:</u> 429607
<u>Mãe:</u> GENEROSA MARIA PIRES DA SILVA		<u>Pai:</u>
<u>End. Resid.:</u> QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 14/03/1984	<u>Idade:</u> 34a:2m:5d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> - -
<u>Responsável:</u> DESACOMPANHADO		
<u>Profissão:</u> PORTEIRO		
<u>G. Instrução:</u> Médio Incompleto		
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 665640	<u>Data:</u> 19/05/2018 05:15:38	<u>Clas. Cor:</u> Indefinido
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 19/05/18 6:05 ESPECIALISTA: *Ortopedia*

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *Per retorno de acidente motociclístico há 1 hora
deslocando com trauma em membro direito. Rx: caurincio de
luxação da fíbula, neuromaxilar green visto.
co. calce ito ortopedia*

*DR. ADRIANO FERREIRA
ORTOPEDISTA
CIRURGIA
LOGIA*

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/2018 : *DR. ADRIANO FERREIRA
ORTOPEDISTA
CIRURGIA
LOGIA*

*DR. ADRIANO FERREIRA
ORTOPEDISTA
CIRURGIA
LOGIA*

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 1/1/2018 : ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

*DR. ADRIANO FERREIRA
ORTOPEDISTA
CIRURGIA
LOGIA*

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**

CONTEUDO NAO VERIFICADO

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/2018 : 26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELYNSON PIRES DA SILVA** (Prontuário: 429607)

Endereço: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 14/03/1984 Idade: 34a3m4d

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG

Atendimento: 665640

Requisição: 839384 Solicitação: 19/05/2018

Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1037710 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 19/05/2018

BRACO DIREITO

O estudo radiológico do braço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

TERESINA - PI 18/06/2018

(IRANDI SILVA)

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Aluísio Júnior - Presidente/Condutor
M. 031 3218-5504
SAMT - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL
[Handwritten Signature]

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELYNSON PIRES DA SILVA** (Prontuário: 429607)

Endereço: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 14/03/1984 Idade: 34a3m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665640

Requisição: 839384 Solicitação: 19/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1037711 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 19/05/2018

ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

TERESINA - PI 18/06/2018

(IRANDI SILVA)

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470




HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5446
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELYNSON PIRES DA SILVA** (Prontuário: 429607)
 Endereço: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 14/03/1984 Idade: 34a2m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665640
 Requisição: 839385 Solicitação: 19/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1037712 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 19/05/2018

PUNHO DIREITO

O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

 CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
 Profissional Responsável

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT**
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470

Assinatura: Maria da Glória
 Matrícula: 62204
 SAM - HUT
 COMPEZ COM O ORIGINAL



LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELYNSON PIRES DA SILVA** (Prontuário: 429607)

Endereço: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 14/03/1984 Idade: 34a2m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665640

Requisição: 839385 Solicitação: 19/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1037713 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 19/05/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.

Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Laudo emitido em
Márcia de 2024
SWF - RJ
CONFIRMADO O DOCUMENTO
Vg

Data: 09/11/2018

Nome do Paciente: WELINSON PIRES DA SILVA

Médico Solicitante: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO

Exame: RX OMBRO DIREITO 2INC

Código

260849

- Superfície e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.
- Material cirúrgico implantado na cabeça umeral.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Material cirúrgico implantado na cabeça umeral.



 CAMILA TAPETY E SILVA DO REGO MONTEIRO
CRM: 4200 PI

Rua Anfrasio Lobão, 805/Jóquei
Fone: (86) 99482-1326 / 99445-6682
Teresina-Piaui

Quadra 178, Casa 06/07 - Dirceu II
Fone: (86) 3236-6536 / 99435-8029
Teresina-Piaui

Rua Des. Pires de Castro, 456 - Centro
Fone: (86) 3131-6636 / 98849-6588
Teresina-Piaui

Data: 09/11/2018

Nome do Paciente: WELINSON PIRES DA SILVA

Médico Solicitante: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO

Exame: RX PE DIREITO 02 INC.

Código

260849

ACHADOS:

- Densidade óssea normal.
- Espaços articulares mantidos.
- Partes moles sem alterações.
- Discreta alteração degenerativa na porção distal do metatarso do 1º dedo.

CONCLUSÃO:

- Discreta alteração degenerativa na porção distal do metatarso do 1º dedo.



 CAMILA TAPETY E SILVA DO REGO MONTEIRO
CRM: 4200 PI

Rua Anfrísio Lobão, 805/Jóquei
Fone: (86) 99482-1326 / 99445-6682
Teresina-PIauí

Quadra 178, Casa 06/07 - Dirceu II
Fone: (86) 3236-6536 / 99435-8029
Teresina-PIauí

Rua Des. Pires de Castro, 456 - Centro
Fone: (86) 3131-6636 / 98849-6588
Teresina-PIauí

Wellinson Pires Da Silva,
260.849
14/3/1984
M

Clíniimage

D



CLINIMAGEM - TERESINA
CHEST, OMBRO RE
PÉ FRENTE
9/11/2018 14:16:46
M

Wellinson Pires Da Silva,
260.849
14/3/1984
M

D



S: 17
C: 687
W: 897

IM: 1003 Page: 1 of 1

S: 1
C: 60
W: 83

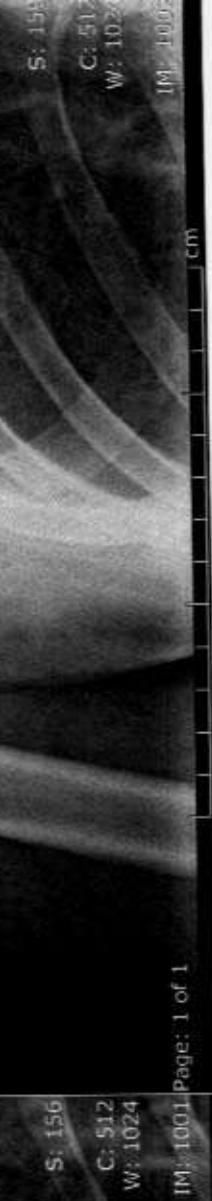
IM: 100

CLINIMAGEM - TERESINA
CHEST, OMBRO RE
OMBRO RI
9/11/2018 14:17:17

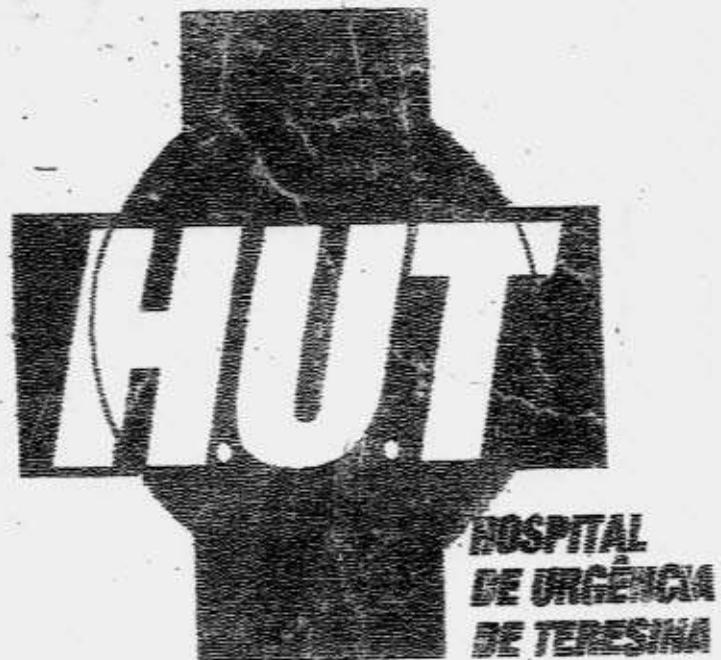
CLINIMAGEM - TERESINA Welinson Pires Da Silva,
CHEST, OMBRO RE 260.849
4/3/1984
9/11/2018 14:17:05

1

Clinimage
D



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
05 ABR. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja
Centro - Norte CEP: 64.002470



NOME DO PACIENTE: Welysson Pires da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 429607

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 AGO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: WELYNSON PIRES DA SILVA		Prontuário: 429607
Mãe: GENEROSA MARIA PIRES DA SILVA	Pai:	
End. Resid.: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 14/03/1984	Idade: 34a:2m:5d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: DESACOMPANHADO		CNS: 705009047703753
Profissão: PORTEIRO		CPF: * RG: -
G. Instrução: Médio Incompleto		E.Civil: Comcubinato
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 665640	Data: 19/05/2018 05:15:38	Condução: AMBULÂNCIA DE RESGATE BOMBEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Sim	Trajeto?: Não	Tipico: Sim CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de motocicleta com ferimentos, trazida em dolor cervical e gomosas rígida. A) Vios óbvios sínicos, em dor na c. cervical. B) Inv. lateralmente, ARA (R) ab em AT, BNF, ausência de reação, ausência de dor a palpação abdominal, reflexo estatoc, PA: 140/ 80, sanguina = 95%. C) ECG = 15, ingestão menor de bebida alcoólica. E) Sefone dor em bimbo direito e hemicrânio enjolho direito.

PA X mmHg	P脉: 83 bpm	FC: bpm	Temp.:
Diagnóstico Inicial:		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	
CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:		CONTEUDO NAO VERIFICADO	
Rx de mamae rígida dorido completo		26 JUN. 2019 RAIO-X REALIZADO	
Rx de tórax		GENTE SEGURADURA S.A. DATA 18/03/2018	
Solicitação ortopédica		Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.00247	
Prescrição de Rxmed 540 gildas		Técnico: 03/05/18	

ALTA:	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	DATA SAÍDA: / / HORA: :
	<input type="checkbox"/> A Pedido		
ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> DESTINO: Família	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	Proced. Solicitado:
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
			CID Compatível: CONTEUDO NAO VERIFICADO

X Jorgulene Barros do Souza
Assinatura Paciente ou Responsável

05 AGO. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 loja C
Centro - Norte CEP: 64.00247
Carimbo Assinatura - Profissional - BE



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 19/05/2018 05:17:57
(LINDEVAL)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> WELYNSON PIRES DA SILVA		<u>Prontuário:</u> 429607
<u>Mãe:</u> GENEROSA MARIA PIRES DA SILVA	<u>Pai:</u>	
<u>End. Resid.:</u> QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 14/03/1984	<u>Idade:</u> 34a:2m:5d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> - -
<u>Responsável:</u> DESACOMPANHADO		<u>CNS:</u> 705009047703753
<u>Profissão:</u> PORTEIRO		<u>Documento:</u>
<u>G. Instrução:</u> Médio Incompleto		<u>E.Civil:</u> Comcubinato
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

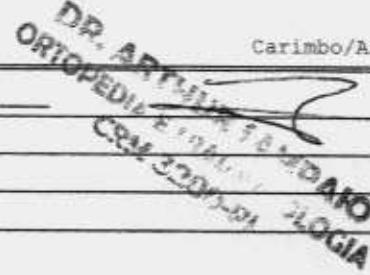
<u>Código:</u> 665640	<u>Data:</u> 19/05/2018 05:15:38	<u>Clas. Cor:</u> Indefinido
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 19/05/18 6:05 ESPECIALISTA: Ortopedia
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Pct utm de acidente motociclistico h/ 1 hora
 escolhendo com dano em membro do norte. Rx: cauricio de
 luxao, os fraturas necessitam de enxovalo.
 co: atto de ortopedia

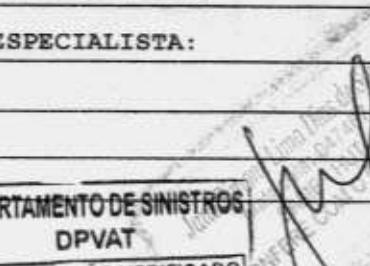
DR. APPLIUS TONOMAO
ORTOPEDISTA
CRM 3207-D4
LOGIA

Carimbo/Assinatura Solicitante

<u>DADOS DO PARECER:</u> Data/Hora: ___/___/___ : ___		

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

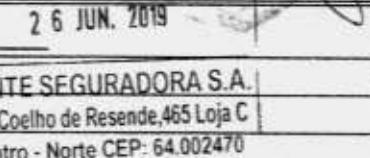
DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

<u>Data/Hora Solicitação:</u> ___/___/___ : ___ <u>ESPECIALISTA:</u>		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

05 AGO. 2019

Carimbo/Assinatura Solicitante

<u>DADOS DO PARECER:</u> Data/Hora: ___/___/___ : ___ JUN. 2019 <u>GENTE SEGURADORA S.A.</u>		

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELYNSON PIRES DA SILVA** (Prontuário: 429607)
 Endereço: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 14/03/1984 Idade: 34a3m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665640
 Requisição: 839384 Solicitação: 19/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1037710 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 19/05/2018

BRACO DIREITO

O estudo radiológico do braço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/06/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**
CONTEUDO NAO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**
CONTEUDO NAO VERIFICADO

05 ABR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Assist. Técnico: *[Signature]*
Matrícula: 65604
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELYNSON PIRES DA SILVA** (Prontuário: 429607)
 Endereço: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 14/03/1984 Idade: 34a3m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665640
 Requisição: 839384 Solicitação: 19/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1037711 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 19/05/2018

ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

TERESINA - PI 18/06/2018

(IRANDI SILVA)

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
 CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
 Profissional Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT **GENTE SEGURADORA S.A.**

CONTEUDO NÃO VERIFICADO Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470

05 AGO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470





LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELYNSON PIRES DA SILVA** (Prontuário: 429607)

Endereço: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 14/03/1984 Idade: 34a2m10d

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG

Atendimento: 665640

Requisição: 839385 Solicitação: 19/05/2018

Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1037712 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 19/05/2018

PUNHO DIREITO

O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

TERESINA - PI 24/05/2018

(Luis Cezar)

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
 Profissional Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	CONTEUDO NÃO VERIFICADO
CONTEUDO NÃO VERIFICADO		26 JUN. 2019	
05 AGO. 2019	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470		
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470			





LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELYNSON PIRES DA SILVA** (Prontuário: 429607)

Endereço: QD G CASA 04 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 14/03/1984 Idade: 34a2m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665640

Requisição: 839385 Solicitação: 19/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1037713 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 19/05/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.

Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÉNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	
CONTEUDO NÃO VERIFICADO	
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	
CONTEUDO NÃO VERIFICADO	
05 ABR. 2019	26 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.	
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C	
Centro - Norte CEP: 64.002470	
GENTE SEGURADORA S.A.	
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C	
Centro - Norte CEP: 64.002470	

Assist. Jurídica: Flávia G. L. Andrade
Matri. 65204
SME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL
VW



VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL	
SEGURO DE VIDA	2.210.473
DATA DE EMISSÃO	20/11/18
NOME	
WELYNSON PIRES DA SILVA	
NASCIMENTO	
GERENOSA MARIA PIRES DA SILVA	
ADALTO BALDOINO DA SILVA	
NATURALIDADE	
TERESINA-PI	
CERT. NASC. 67979 L 73 F 570	
EXP TERESINA-PI 27/03/84	
009.918.173-89	
DATA DE EMISSÃO	
14/03/1984	
DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
DPVAT	
DEVEDOR NÃO VERIFICADO	
26 JUN. 2019	

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470



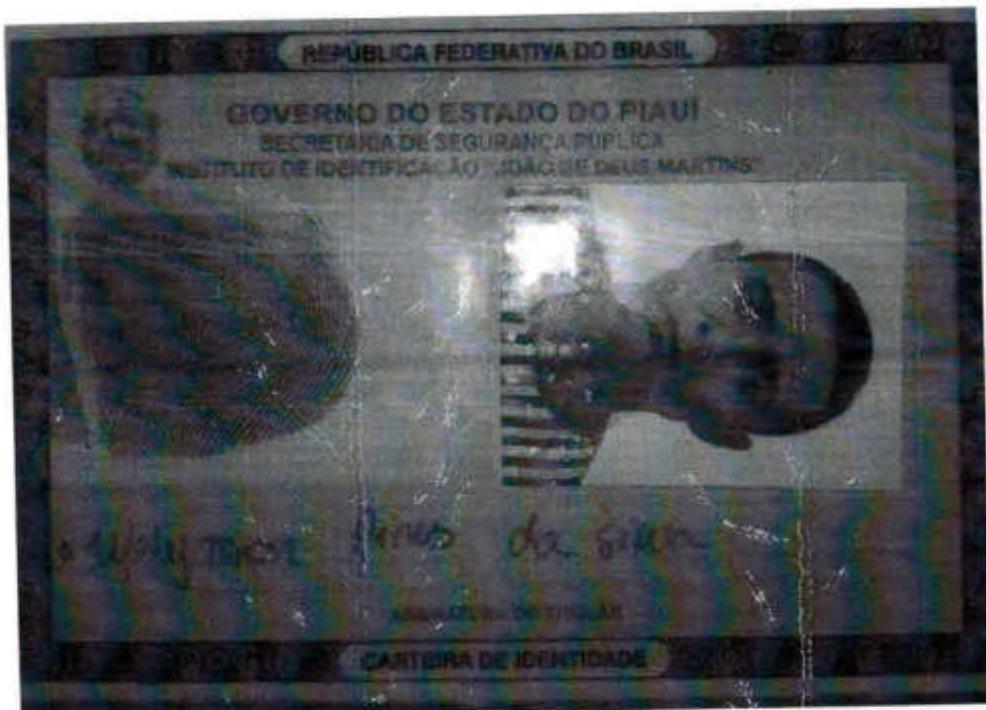
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.212.129	DATA DE EXPEDIÇÃO	21/10/14
NOME		KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA	
FILIAÇÃO			
EVA MOURA DA SILVA ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
BARÃO DE GRAJAU-MA DOC. ORIGEM		18/12/1979	
CERT. NASC. 39751 L 53A F 097 EXP TERESINA-PI 27/08/99			
TERESINA - PI 839.502.303-00 ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83			

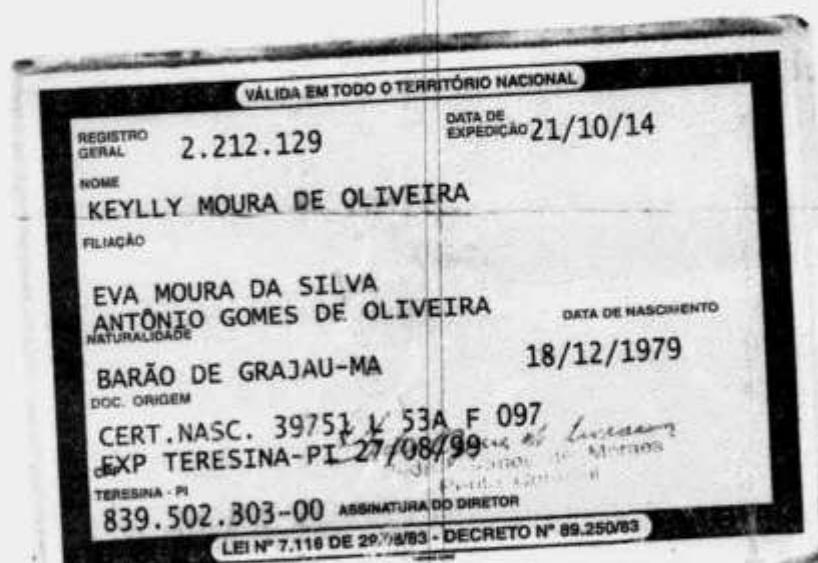
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470



GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	26 JUN. 2019
CONTEUDO NÃO VERIFICADO	
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	26 JUN. 2019
CONTEUDO NÃO VERIFICADO	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190462191 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELYNSON PIRES DA SILVA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: EXAME DE IMAGEM - PÁGINA 04.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190462191 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELYNSON PIRES DA SILVA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: EXAME DE IMAGEM - PÁGINA 04.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Welynnson Pires da Silva
RG: 2.210.473 Orgão Emissor: SSP- PI
CPF: 009.918.113-89 Nacionalidade: Brasileiro
Est. Civil: casado Profissão: Portuário
Endereço: Bd. G es. 04 R. Sá Nº 10
Bairro: Vale Quem Tem Cep: 64057-560 Cidade/UF: Teresina
Telefone: (86) 98807-7870 () _____

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Welynnson Pires da Silva
CPF: 009.918.113-89 Data do Acidente: 06/11/18

Cobertura solicitada: **Invalidez Permanente** **DAMS** **Morte**

<u>Teresina - Piauí</u>	<u>29.04.19</u>	Local e data	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
<u>Welynnson Pires da Silva</u>			CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)		26 JUN. 2019	
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470			



CARTÓRIO
Djalma Vécoso

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabeliã
Rua Barreiro, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6665

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: NELYNGON PIRES DA SILVA, DOU FE. EM 16/07/2019 DA VERDADE.
TERESINA-PI, 27/04/2019. Enc. 138 - Tel: 0-77 ENMP: 0-19
Selo: 0,26 Total: 4,00 Selo: PBP 63107 14901891

Flávia Maria

FLÁVIA MARIA DOS SANTOS MACHADO FINNHEIRO ESCRIVENTE AUTORIZADO
CARTÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO DE TÍTULOS
Flávia M. dos S. Machado Finnheiro
Escrivente Compromissada
Teresina-Piul

PBP 63107

CARTÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO DE TÍTULOS
Flávia M. dos S. Machado Finnheiro
Escrivente Compromissada
Teresina-Piul

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Welynnson Pires da Silva
RG: 2.210.473 Orgão Emissor: SSP- PI
CPF: 009.918.113-89 Nacionalidade: Brasileiro
Est. Civil: casado Profissão: Vendedor
Endereço: Rd. G es. 04 R. Sá Nº 1
Bairro: Vale Quem Tem Cep: 64057-560 Cidade/UF: Teresina
Telefone: (86) 98807-7870 ()

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros

Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: Welynnson Pires da Silva

CPF: 009.918.113-89 Data do Acidente: 06/11/18

Cobertura solicitada: Invalidade Permanente DAMS Morte

Teresina - Piauí 29.04.19

Local e data

5º Ofício

Welynnson Pires da Silva

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07.04.19
18
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



CARTÓRIO D. JALINA VELUDO	CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS Maria da Amparo Portela Leal de Araújo - Tobielli Rua Barreiro, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6665	ABR 63107
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: NELYSON PIRES DA SILVA, DOU FE, EM 29/04/2019, DA VERDADE. TERESINA-PI, 29/04/2019. Selo: 0.26 Total: 4.00. Série: 47. Série: 77. FIM: 10.10		5º OFÍCIO DE NOTAS CARTÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS Flávia M. dos S. Maciel Pinheiro Escrevente Compromissada Teresina-PI
CARTÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS CARTÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS Flávia M. dos S. Maciel Pinheiro Escrevente Compromissada Teresina-PI		

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214570/19

Vítima: WELYNSON PIRES DA SILVA

CPF: 009.918.173-89

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/05/2018

Titular do CPF: WELYNSON PIRES DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

WELYNSON PIRES DA SILVA : 009.918.173-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/06/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214570/19

Número do Sinistro: 3190397199

Vítima: WELYNSON PIRES DA SILVA

CPF: 009.918.173-89

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/05/2018

Titular do CPF: WELYNSON PIRES DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS ENTREGUES

WELYNSON PIRES DA SILVA : 009.918.173-89

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/07/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/07/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264878/19

Vítima: WELYNSON PIRES DA SILVA

CPF: 009.918.173-89

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/05/2018

Titular do CPF: WELYNSON PIRES DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

WELYNSON PIRES DA SILVA : 009.918.173-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/08/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462191

Vítima: WELYNSON PIRES DA SILVA

Data do Acidente: 19/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WELYNSON PIRES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190462191 **Vítima: WELYNSON PIRES DA SILVA**

Data do Acidente: 19/05/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WELYNSON PIRES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: WELYNSON PIRES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000093789-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

009.918.113-89 Welvynson Pires da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Endereço:

CPF: 009.918.113-89
Número: 4 Complemento:

Profissão:

Cidade:

Estado: Piauí

CEP:

Bairro:

Estado:

Tel. (DDD):

Logradouro:

Cidade:

(86) 994725591

E-mail:

UF:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE JMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2004 013 CONTA: 93789 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de prazo.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base no laudo de avaliação médica às custas da Seguradora Lider para validação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 JUN. 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

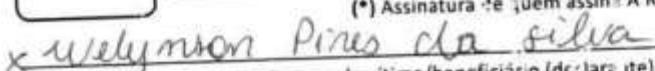
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Teresina - Piauí 30.05.19

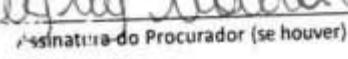
Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO

 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

 Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREOLINO DE ABREU
DATA: 07/06/2019 HORA: 10:19:55
TERMINAL: 20041028 CONTROLE: 200410280174

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2004 013,00093789-3
NOME: WELYNSON PIRES SILVA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPIANÇA CAIXA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

26 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470